



TITLE:

下行脚および下方膝部外側に発生した十二指腸憩室の1例

AUTHOR(S):

江左, 皓一

CITATION:

江左, 皓一. 下行脚および下方膝部外側に発生した十二指腸憩室の1例.
日本外科宝函 1959, 28(4): 1487-1491

ISSUE DATE:

1959-05-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/206829>

RIGHT:

下行脚および下方膝部外側に発生した 十二指腸憩室の1例

京都大学医学部外科学教室第2講座（指導：青柳安誠 教授）

江 左 皓 一

〔原稿受付 昭和34年2月24日〕

A CASE OF DUODENAL DIVERTICULA

by

KOICHI ESA

From the 2nd Surgical Division, Kyoto University Medical School
(Director: Prof. Dr. YASUMASA AOYAGI)

In most cases, duodenal diverticula develop from the medial portion of the duodenum. Recently, we have treated a rare atypical case of this lesion, which developed from the lateral two portions of duodenum, some what apart to each other.

The chief complains of this patient were postprandial epigastric distention and sometimes appearing forceful peristalsis.

Roentgenologic examination revealed two diverticula, one arising from the descending segment other from the junction of descending and transverse segments.

In addition to the lesion, peptic ulcer of the stomach was detected on operation, therefore (1) partial gastrectomy with gastroenterostomy, (2) excision of the diverticulum in descending segment and, (3) inversion of the diverticulum in the junction were performed.

On histological examination, this was the primary diverticulum.

緒 言

一般に十二指腸憩室は臨床的症状が不定であり特異とするところがなく、またしばしば無症状に経過することがあるので単なる胃腸障害として診断され、誤診のまま取扱われることが少なくない。しかし近年レ線学的診断法の進歩とともに本疾患の診断は確実となり、本疾患も決して珍らしい疾患でなくなってきたが、最近われわれはそのなかでも比較的珍らしいとされている下行脚および下方膝部の外側に発生した真性憩室の1例を経験したので報告する。

症 例

谷 〇蔵. 55才, 男子, 公務員, 昭和33年9月21日

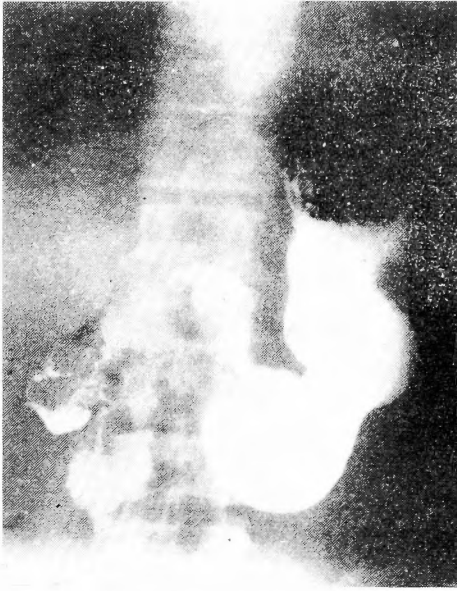
入院.

主訴：心窩部食餌停滞感と蠕動感。

現病歴：約25年前から心窩部に膨満感と不快感があり、とくに上腹部がうねるような感があつたが、これが約7年間続いたのち自然に消失し以後無症状に経過していた。しかし約5年前からふたたび同様の症状が現われて鈍痛を伴うようになった。そして約6ヵ月前からは嘔気、約1ヵ月前からは食餌停滞感、悪心、嘔吐などをきたしているが吐血、嘔吐、痙攣様発作、発熱などはきたしたことがない。上記の症状は少し多食すると強く現われる傾向がある。食思良好、便通普通。

既往歴：約20年前黄疽。約1年前から肺結核で化学療法をうけている。

家族歴：父が気管支喘息、叔母が卒中で死亡してい



第 1 図



第 2 図

る。

現症：体格中等大。栄養良好。体温，脈搏，呼吸正常。顔貌は正常で貧血，黄疸を認めない。胸部は打聴診上異常はないが，レ線検査で左上肺野に軽度の雲絮状陰影がある。

腹部は心窩部から右季肋部にかけて瀰漫性の抵抗を感じ，臍の右上と右季肋下に軽度の圧痛があるほか特に異常所見はない。

検査成績：血液は赤血球数436万，血色素96%，白血球数7000。尿には異常所見なく，糞便の潜血反応は陰性である。赤沈，中等価11mm。肝機能はモイレングラハト3，CoR₃，CdR₈，B.S.P. 30分5～10%。胃液検査では遊離塩酸0～8，総酸度は12～26で低酸症であり，前液に潜血反応が陽性であつた。十二指腸液検査，心電図では特記すべき異常所見を認めなかつた。

胃および十二指腸レ線検査で，胃には異常所見が認められなかつたが，十二指腸下行脚で乳頭部附近外側にクルミ大の境界明瞭，嚢状，2層の鏡面形成を有する陰影と，下方膝部外側に豌豆大，類円形，有茎の陰影を認め，いづれも限局性圧痛があるが，フロイド氏症候や腫瘍は認められなかつた（第1，2図）。

手術所見：閉鎖循環麻酔のもとに開腹。胃は正常位置にあつて外見上異常所見を認めなかつたが，十二指

腸球部幽門輪に接して，拇指頭大の癰痕性抵抗があり，十二指腸ではレ線検査で確められたとおり下行脚乳頭部附近外側と下方膝部外側に憩室を認めた。憩室と体壁腹膜との間には膜様の癒着があり，下行脚の憩室は切除し，下方膝部の憩室には縫縮術を行うとともに胃切除術と結腸後胃空腸吻合術を行つた（第3，4図）。

術後19日目に全治退院した。

剔出標本：胃には術前確められなかつた点状の潰瘍が小弯側，幽門輪から約3cmの部にあり，粘膜は全体として浮腫状であるが，潰瘍周囲の粘膜は萎縮状である。切除した憩室は第5図のようであり，壊死，膿瘍，出血などは認められなかつた。

組織学的所見：十二指腸球部粘膜食部は退行変性の像を示している。すなわち空胞変性，粘液変性の像強く核は萎縮性，全体として間質の増生がある。また細胞浸潤の程度は僅少であり深く粘膜下層にまで達していない。粘膜下筋層および粘膜下固有層は浮腫状で配列がみだれている。すなわち慢性炎症性変化を呈している（第6図）。

胃潰瘍部は全体として炎症像が目立ち，小リンパ球，組織球，形質球など炎症性小細胞浸潤を粘膜層，粘膜下層，筋層などに認め，また粘膜下層および粘膜



第3図 十二指腸下行脚憩室



第4図 十二指腸下方膝部憩室

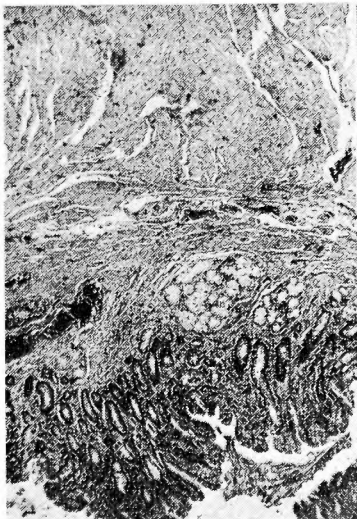


第5図 切除した十二指腸下行脚憩室

層に分布する毛細血管拡充の像がいちぢるしく一部出血している。粘膜層は潰瘍底と思われる部分においては粘膜上皮および分泌腺、粘膜下筋層の萎縮をきたし扁平化もしくは変性をきたしている。これに反しその

周囲の腺組織、上皮組織および間質は膨化もしくは増生を来している。上皮細胞、腺細胞の一部は空胞変性、粘液変性におち入っている。また粘膜下リンパ装置はむしろ萎縮性になりリンパ球減少症の像を示している。粘膜下筋層から固有筋層、間質を通じて潰瘍部分はすべて浮腫状を呈し、一部筋層のみだれ、出血化、細胞浸潤、細血管の充盈などが見られ全体として亜急性、慢性の炎症像を呈している(第7図)。

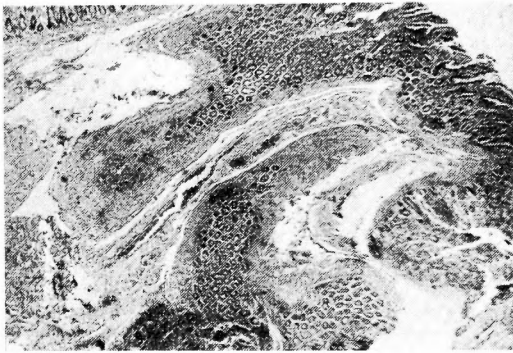
十二指腸憩室部は筋層を有して真性憩室であり、固有層およびその間を走る小血管は軽度に充盈し、軽度の慢性炎症性の変化を粘膜上皮から上皮下にかけて認める(第8, 9図)。



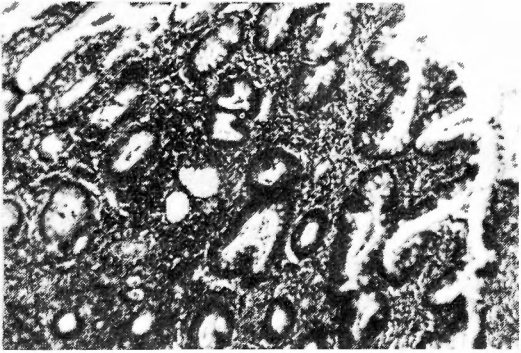
第6図 胃潰瘍部 ×8



第7図 十二指腸潰瘍部 ×12



第8図 十二指腸下行脚憩室 ×15



第9図 十二指腸下行脚憩室 ×40

考 按

十二指腸憩室は1711年 Chomel, 1728年 Morgagnii により剖検中偶然発見されて以来、本疾患の病理学的研究は多教あるが、レ線学的に臨床上証明されたのは比較的近年である。(Baron u. Barsony, Case, Forsell u. Key)

一般に本症の臨床的意義は看過されがちで、何らの症状を呈することもなく、また症状があつても特異とするところがなく、他疾患の随伴所見として発見される場合が多い。

元来その診断はレ線検査によつてのみ可能であるが、とくに不定な胃腸症状のある場合は本疾患の存在に注意して、検査にさいしては立位のほかに斜位、側位、背臥位、腹臥位などをとらし、あるいは十二指腸下部を圧迫して内容の下行を阻止して観察するか、さらに有力な検査法として十二指腸単独撮影法を行わなければならない。

本憩室の好発部位は大部分十二指腸下行脚とくに乳頭部あるいはその附近であり、そしてそのほとんどすべては十二指腸内側に生ずるものである。

本邦例についての森の調査によれば
十二指腸下行脚とくに乳頭部あるいはその附近

68.6%

十二指腸下水平部

24.4%

十二指腸上水平部および十二指腸空腸彎曲部
ともに

3.5%

十二指腸内側に生ずるもの

94.2%

十二指腸外側に生ずるもの

5.8%

そしてその数は普通1コであるが本邦例においては

1コ 87.9%

2コ 12.3%

3コ 2.7%

であり Hahn の報告している5コが最多である。このように今回われわれが経験した例は比較的珍しい1例である。

十二指腸憩室は一般に男性に多く、平均年齢50才以上の高年者に多いとされている。

合併症として多いのは胆道疾患であり、胃、十二指腸潰瘍はこれに次ぐのであるが、本例のように胃潰瘍と陳旧性十二指腸潰瘍の両者を合併しているときには、本疾患との関連々係の決定は極めて重要な問題であるが、はなはだ複雑で困難である。

従来真性憩室は先天性に発生し、仮性憩室は後天性に成立するものと理解されているが、其の間に移行型があつて単一なものではない。

発生に関して重要な意義を有するのは所謂抵抗減弱部である。すなわち総輸胆管、膵管開口部、血管の腸壁穿通部、副脾のような腺様組織存在部、腸管筋層の發育異常、外傷などの先天性、後天性の抵抗減弱部において腸管内圧の影響により発生するものである。

本例の場合、潰瘍は二次的に発生したものと考えるか、あるいは潰瘍による炎症機転によつて周囲との癒着を生じ、最初は牽引性憩室であつたのが内圧作用の加わるとともに種々の因子が加わつてますます拡大していつたものと考えてよいのか、むしろ後者の場合を考えてみたいが、いかがなものであろうか。

本疾患の臨床症状としては、主として上腹部の鈍痛で食餌とは一定の関係がなく、またしばしば疝痛発作をきたすこともある。膨満感、停滯感、嘔気、吞酸、嘔吐、食欲減退、羸瘦、貧血、黄疸など一般に胃腸障害があり、これらの症状が数年にわたつて持続することがあり、また一定の期間をもつて周期的に起る場合がある、他覚的症狀としては抵抗、腫瘤をふれること

がある。胃液の性状は一定しないとされ、糞便の潜血反応は極めて稀にしか陽性でないとされている。

また本疾患は十二指腸炎、憩室周囲の蜂窩織炎、壊死、幽門攣縮、脾臓の脂肪壊死、総輸胆管拡張、間歇的高熱と痙攣様発作、結石などを来したり稀に悪性腫瘍を発するという報告がみられるので、決して軽視できない疾患である。

治療としては内科的には憩室の内容を可及的空虚にし、食物の停滞を防ぐために食事の調整、排便の調整、体位の変換などが行われ、また流動パラフィン、下剤、蒼鉛剤、吸着剤などの投与が行われている。

外科的には切除や胃空腸吻合術が行われるが、レ線学的にこれを証明しても直ちに外科的適応症であると断ずることはできないが、Hervester は一定の症状を呈している場合は外科的適応症としている。そして腹膜に被われる部分および開腹した場合明らかに憩室を認める場合は有柄か無柄かにより結紮、除去をなし腸管の縫合のほかには大網の移植を併用している。また脾頭部に埋没しあるいはその後方に存在しているものや、十二指腸後面にあるものには transduodenal diverticulotomy を行うべきであるとしている。

無論本例のように、胃、十二指腸潰瘍を合併しているときや、胆石のある場合は、それぞれ胃、胆嚢の除去を必要とする。

また Marjaucik, 桑原 は憩室の周囲に強い炎症がなく、余り大きくないときには、漿膜、筋層に結節縫合を施して、憩室を十二指腸内腔へ縫縮することを推奨している。

結 語

比較的珍らしい下行脚と下方膝部の外側に発生した

十二指腸憩室の1例を報告した。

なお、本例は胃、十二指腸潰瘍を合併していて、切除した憩室は組織学的に真性憩室であった。

参 考 文 献

- 1) Baron, A. Bársony, T.: Ueber die Röntgendiagnostik des Ulcus duodeni und anderer duodenalen Affektionen. Wien Kl. Wschr., **25**, 1521, 1912.
- 2) Greenler, J., and Curtis, C.: Duodenal Diverticula. Arch. Surg., **60**, 1011, 1950.
- 3) Hahn: Symptome und Therapie des Duodenal-divertikels. Kl. Wschr., **9**, 1922, 1930.
- 4) Maharner, H. and Kisner, W.: Diverticula of the Duodenum and Jejunum. Surg. Gynec. & Obst., **85**, 607, 1947.
- 5) Patterson, R.H. and Bromberg, B.: Surgical Significance of Duodenal Diverticula. Ann. Surg., **134**, 835, 1951.
- 6) 藤浪修一: 胃腸のレ線検査. 日外宝, **15**, 209, 昭13.
- 7) 板津三良: 十二指腸憩室. 診断と治療, **22**, 1209, 昭10.
- 8) 桑原晶: 十二指腸憩室の1例. 日外宝, **15**, 203, 昭13.
- 9) 勝原幾視子: 十二指腸憩室とくに潰瘍を発生せるもの手術例. 臨床外科, **54**, 175, 昭28.
- 10) 片岡六四郎: 間歇的幽門狭窄症状をきたせし十二指腸起始部憩室の1例. 日本外科学会雑誌, **37**, 130, 昭11.
- 11) 森寛: 十二指腸憩室ならびにそれより発せる悪性腫瘍について. 実験消化器病学, **14**, 893, 昭14.
- 12) 高安彰: 外科的十二指腸疾患のレ線診断. 日外宝, **15**, 402, 昭13.
- 13) 協坂常次郎, 本多稔: 十二指腸憩室について. グレンツゲビート, **4**, 580, 昭5.